

# Psychomotorische therapie in de verslavingszorg

Annelee Mataheru \*

Methodiek in praktijk

## Inleiding

Psychomotorische therapie (PMT) is een van de vormen van vaktherapie. Het wordt ingezet voor uiteenlopende doelgroepen, zoals cliënten met verslavingsproblematiek. In dit artikel geef ik aan de hand van praktijkvoorbeelden een schets van PMT in de verslavingszorg. Ik vertel een verhaal uit de praktijk, gebaseerd op ervaring, intervisie en collegiale uitwisselingen en licht toe hoe PMT werkt en past in de verslavingszorg. De laatste jaren zijn er veel ontwikkelingen geweest in de vaktherapie. Ook in de verslavingszorg is dat merkbaar geweest. Daarom geef ik eerst een beeld van de organisatie van de vaktherapie en de onderscheiden beroepsgroepen. We volgen cliënt Ad.

Een half jaar geleden kwam Ad voor het eerst in contact met de verslavingskliniek. Ad heeft de detoxificatieperiode succesvol doorlopen. Hij weet nog niet precies wat hij verder wil met zijn behandeling. Hij besluit om te blijven en te gaan onderzoeken wat hem kan helpen alcoholvrij te blijven. Zijn casus wordt uitgebreid besproken in het indicatieteam. Er wordt een observatieprogramma voor hem samengesteld waarin hij onder andere kennis zal maken met een vaktherapie.

Ad is een man van eind veertig. Hij was altijd al een stevige drinker, maar het liep uit de hand toen het bedrijf waar hij werkte failliet ging en hij werkloos thuis kwam te zitten. Sollicitaties liepen op niets uit. Hij ging steeds meer drinken, ging zich isoleren; thuis wisten ze geen raad meer met hem. Ad is geen prater. Vroeger ging hij nog wel eens voet-

\* A. Mataheru is docent en supervisor bij de School of Human Movements and Sports van Hogeschool Windesheim te Zwolle. Correspondentie: a.weerman@windesheim.nl.

ballen, maar ook daarmee is hij gestopt. Op aandringen van zijn gezin laat hij zich uiteindelijk opnemen in een kliniek. Zelf wil hij eigenlijk niet, omdat hij denkt het probleem zelf te kunnen oplossen.

### **Vaktherapie**

Met de herziening van de beroepenstructuur in de geestelijke gezondheidszorg in 2001 werden creatief therapeuten (beeldend, dans-, drama- en muziektherapeuten) en psychomotorisch therapeuten ondergebracht in het cluster 'vaktherapeutische beroepen'. Ze werden daarmee een beroepsgroep naast agogen, psychologen, psychiaters, psychotherapeuten en verpleegkundigen. Tot 2006 waren er twee beroepsverenigingen actief: de Nederlandse Vereniging voor Creatieve Therapie (NVKT) en de Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (NVPMT), elk met een eigen registratiesysteem.

Per 1 januari 2006 heeft de NVKT zich ontvecht en daaruit zijn vier nieuwe beroepsverenigingen ontstaan: de Nederlandse Vereniging voor Beeldende Therapie (NVBT), de Nederlandse Vereniging voor Danstherapie (NVDAT), de Nederlandse Vereniging voor Dramatherapie (NVDT) en de Nederlandse Vereniging voor Muziektherapie (NVvMT). Deze vier nieuwe beroepsverenigingen en de al bestaande NVPMT hebben zich gebundeld in de Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB). De FVB fungeert als overkoepelend orgaan, waarbinnen de onderscheiden beroepsgroepen de eigen identiteit kunnen behouden. De vaktherapeuten beschikken sindsdien over een gezamenlijk registratiesysteem, dat beheerd wordt door de onafhankelijke Stichting Registers Vaktherapeutische Beroepen (SRVB). Er is tevens een basisregister voor startbekwame vaktherapeuten op initieel opleidingsniveau. Voor gekwalificeerde vaktherapeuten op masterniveau is er een topregister (Federatie Vaktherapeutische Beroepen, 2008).

Sinds het samengaan van de vijf beroepsgroepen heeft het Coördinerend Orgaan Nederland Opleidingen (CONO) een aparte kamer voor vaktherapie. Hierin zijn alle vaktherapeutische beroepen vertegenwoordigd en heeft de vaktherapie in de ggz een positie. In Nederland zijn er naar schatting twee- tot drieduizend vaktherapeuten (Benneker, 2004). Daarvan zijn er rond 550 aangesloten bij de NVPMT (Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische therapie, 2008).

Als doelstelling van de vaktherapie kan geformuleerd worden het bewerkstelligen van verandering, ontwikkeling, stabilisatie of acceptatie op emotioneel, gedragsmatig, cognitief, sociaal of lichamelijk gebied.

Het domein van de vaktherapieën kan het best getypeerd worden door de eigen aard van de middelen te benoemen die worden aangewend om de doelstellingen van de behandeling te realiseren. Deze middelen zijn lichaams- en bewegingsgerichte werkvormen, beeldend werken, muziek, drama en dans. Die vormen geen doel op zich. Ze worden door vaktherapeuten gebruikt om de problematiek, klachten en/of het gedrag van cliënten 'al doende' aan de orde te laten komen en te beïnvloeden.

Vaktherapeuten zijn behandelaars die tevens begeleiding, training, voorlichting en preventief advies kunnen geven. Voorbeelden zijn voorlichting over de invloed van alcohol op de motorische ontwikkeling, informatie over stressbestrijding in een organisatie of een bewegingsprogramma voor risicovolle kinderen. Trainingen worden gegeven op gebied van agressiehantering en over de benadering van cliënten. Steeds vaker zijn er psychomotorisch therapeuten actief bij reïntegratiebureaus. Ook in de verslavingszorg zijn in de meeste instellingen vaktherapeuten vertegenwoordigd. De samenstelling van een team kan sterk variëren. Psychomotorische en beeldende therapie zijn meestal vertegenwoordigd, daarbij is er meestal ook een muziek- of dramatherapeut.

Ad heeft gekozen voor behandeling en er volgt een observatieperiode in de kliniek. Hij maakt een gang langs alle therapeuten. In deze kliniek zijn dat muziek-, drama-, beeldend en psychomotorisch therapeuten.

### **Plaatsbepaling van PMT**

Reeds in de achttiende eeuw werd bij de behandeling van psychiatrische patiënten lichaamsbeweging toegepast. Sindsdien is er altijd een vorm van beweging in de klinieken gebleven, al veranderden de argumenten. Het begon met gezondheidsoverwegingen en werd gaandeweg een middel om andere doelen te bereiken. Vanaf de jaren zeventig van de vorige eeuw wordt bewegingstherapie - zoals het was gaan heten - beïnvloed door ideeën uit de psychotherapie. De naam psychomotorische therapie bestaat officieel sinds 1975 (De Lange, 2004, 2005).

Hoewel de psychomotorische therapie zich sterk vanuit de praktijk heeft ontwikkeld, is er ook aandacht voor onderzoek. Het effect van 'running'-therapie bij depressieve klachten is daarvan een voorbeeld (Bosscher, 1991). Met de roep om 'evidence-based'-handelen in de ggz is wetenschappelijk onderzoek onder psychomotorisch therapeuten hoger op de agenda komen te staan. Dit is onder meer merkbaar in de

opleidingen, waar zowel op bachelor- als op masterniveau onderzoeksvaardigheden een belangrijke plaats krijgen binnen het curriculum.

Binnen de NVPMT zijn er producten ontwikkeld voor verschillende doelgroepen (zoals met angst-, eet- of stemmingstoornissen). Er zijn nu circa veertien modules waarin gedetailleerd wordt beschreven hoe er vanuit PMT gewerkt kan worden rond een bepaalde problematiek (zoals impulsproblematiek, sociale fobie, psychotische stoornissen, eetstoornissen, burn-out). Er is veel onderzoek gedaan naar PMT bij chronische pijn en naar de observatie en diagnostiek bij kinderen en jeugdigen. Dit heeft onder andere geleid tot een psychomotorische diagnostiek in de kinder- en jeugdpsychiatrie (Hammink, 2003). Een psychomotorisch therapeut werkt doorgaans binnen een multidisciplinair behandelteam. Hij werkt een paar keer per week met de cliënten en denkt mee over zowel cliënt- als beleidszaken rondom de afdeling. Hij kan ook verbonden zijn aan het vaktherapeutenteam (of een subteam daarbinnen). Dit team functioneert zelfstandig. Er wordt gewerkt op indicatie; een cliënt wordt door de indicatiecommissie al dan niet geschikt geacht voor vaktherapie. De cliënt wordt aangemeld bij de vaktherapie en doorloopt een observatieprogramma bij de verschillende vaktherapeuten (dit is per instelling anders georganiseerd). Afhankelijk van de problematiek kan de cliënt een individueel of een groepsgericht aanbod krijgen. De bevindingen worden gerapporteerd aan de behandelaren. Afhankelijk van de organisatie is de psychomotorisch therapeut aanwezig bij de cliëntbespreking.

### **Werkwijze van PMT**

Ad gaat voor het eerst naar PMT in de kleine gymzaal. We stellen ons aan elkaar voor en ik vraag naar zijn verwachtingen. Ik neem een eerste vragenlijst af en geef een korte uitleg over het doel van de therapie. De vragenlijst is een korte variant van het Leuvense Observatie-instrument voor Psychomotorische Therapie (LOVIPT; Simons 2004). We gaan daarna meteen aan de slag met badminton, een fietstestje en een ontspanningsoefening op een stoel.

PMT is een behandelvorm voor mensen met psychische problematiek die gebaseerd is op het psychobiosociale model, waarbij op methodische wijze gebruik gemaakt wordt van werkvormen gericht op lichaamsbeleving en bewegingsgedrag (*concept beroepsprofiel NVPMT*, 2008). Het is een experiëntiële therapievorm: de essentie is de erva-

ring. Dit is de basis voor het beïnvloeden van gevoelens, gedachten en gedragingen, aansluitend op de hulpvraag van de cliënt. Daarbij maakt de PMT gebruik van constructen uit de psychotherapie van ‘client-centered’ therapie, psychodynamische modellen en het cognitief gedragstherapeutische model.

Een psychomotorisch therapeut beschikt over een arsenaal aan werkvormen om de cliënt letterlijk en figuurlijk in beweging te laten komen en stil te laten staan bij de betekenis van interactioneel bewegingsgedrag en/of zich te laten richten op de beleving van het eigen lichaam. Het is daarbij mogelijk dat men zich primair richt op het bewegen of de lichaamsbeleving, maar doorgaans zijn beide aan de orde (*Concept Beroepsprofiel NVPMT*, 2008). Binnen de PMT kan een onderscheid gemaakt worden tussen bewegingsgeoriënteerde en lichaamsgeoriënteerde methodieken. Bij de eerste methodieken worden er activiteiten aangeboden uit bewegingsonderwijs, sport en spelcultuur. Dat gaat van volleybal tot boogschieten, maar ook onderdelen uit de atletiek of nieuwere activiteiten zoals klimmen en skaten kunnen ingezet worden. De interventies zijn vooral gericht op bewegend handelen, terwijl bewustwording en experimenteren met ander gedrag centraal staan. Bewegen kan laagdrempelig zijn. Voor cliënten uit de verslavingszorg gaat het vaak om bekende, vertrouwde activiteiten of activiteiten waar ze ooit goed in waren.

Ad en ik spelen badminton. Hij loopt de benen uit zijn lijf terwijl ik rustig op mijn plek kan blijven staan. Ik vertel hem dat en leg tevens een koppeling naar thuis, waar hij ook liever voor een ander zorgt dan voor zichzelf. Ik geef hem de opdracht dat hij mij moet laten lopen. Met deze interventie nodig ik Ad uit tot experimenteren met nieuw gedrag in een veilige context.

Bij lichaamsgeoriënteerde methodieken wordt gebruik gemaakt van oefeningen gericht op lichaamsbewustwording. Dit omvat een uitgebreid arsenaal, variërend van ademhaling en relaxatietechnieken (zoals autogene training, ademhalings- en ontspanningstherapie, mindfulness en sensorische relaxatie) tot meer actieve lichaamsgerichte methodieken (zoals bio-energetica, Pesso en PMT). De interventies zijn vooral gericht op het bewust worden van het lichaam en van gevoelens. Juist bij mensen met verslavingsproblematiek is het ‘voelen’ uit beeld geweest. Ze hebben het niet geleerd of het was een van de redenen om te beginnen met gebruiken. Doordat cliënten vaak het contact met hun eigen lichaam zijn kwijtgeraakt komen de lichaams-

signalen niet meer door. Dit opnieuw leren voelen wordt door cliënten als een zwaar proces ervaren. Ze voelen bijvoorbeeld weer pijn, zoals van een verwaarloosde knieblesure of door de emoties die lange tijd afwezig waren.

Ik vraag Ad te gaan zitten op een stoel en zich te concentreren op zijn lichaam. Wat neemt hij waar? Hoe ervaart hij op dit moment zijn lichaam? Ik geef daarbij een aantal instructies vanuit de ademhalings- en ontspanningstherapie om lichaamsignalen te benadrukken.

Hiermee is een theoretisch en werkbaar onderscheid gemaakt. Maar in de praktijk blijkt het veel meer om een combinatie van methodieken te gaan. De psychomotorisch therapeut observeert tijdens de sessies op lichamelijke, emotionele, cognitieve en sociale aspecten. Van daaruit kiest hij de interventies.

Ad wordt zichtbaar moe van het spelletje badminton. Ik vraag hem te stoppen, te blijven staan en de aandacht een moment naarbinnen te richten. Wat neemt hij waar in zijn lichaam? Hoe ervaart hij bijvoorbeeld zijn ademhaling?

### **PMT als behandelaanbod in de verslavingszorg**

Met PMT beschikt een therapeut over verschillende werkvormen waarmee bij de gevarieerde doelgroep in de verslavingszorg snel een ingang gevonden kan worden. Het aanpassen van de therapie aan een concrete situatie is daarbij een sterk uitgangspunt. De doelen van verschillende cliënten kunnen overeenkomen, de weg ernaar toe kan zeer divers zijn. Zo kan voor een man met alcoholmisbruik en burn-outverschijnselen de lichaamsgerichte strategie de goede ingang zijn. (Wanneer geeft het lichaam aan wanneer hij te ver gaat? Wat zijn de alternatieven?) Voor een jongen met een speedverslaving kan een mooi partijtje basketbal de ingang vormen voor interventies gericht op gedragsverandering.

PMT kan op een ervaringsgerichte manier vorm geven aan concepten die gehanteerd worden binnen de verslavingszorg (zoals met de motivatiecirkel van Prochaska en Diclemente). In de voorbeschouwing en overwegingsfase kan PMT op een neutrale, spiegelende manier informatie en feedback geven, zonder waardeoordeel en vanuit de sessie direct herkenbaar voor de cliënt. De succeservaring maakt dat er een kleine stap gemaakt wordt naar het idee dat veranderen of leren mogelijk is.

In de casus van Ad geef ik in de eerste sessie meerder activiteiten. Dit heeft een tweeledig doel. Ten eerste geeft het mij informatie over de leermogelijkheden van Ad binnen PMT. Ten tweede geeft het Ad succeservaringen, want badminton is een activiteit die snel 'lukt'. Bij de fitnessstest kan op een neutrale manier waargenomen worden hoe het ervoor staat met de lichamelijke conditie. Een eenvoudige ontspanningsinstructie kan vrij snel leiden tot een ontspannen ervaring, wat ook weer motiverend kan werken. In de veranderfase geeft PMT gelegenheid te experimenteren met nieuw gedrag. In de stabilisatiefase kan er een tijd contact onderhouden worden om het geleerde thuis te kunnen integreren.

In de zaal is een groepje mensen druk in de weer met een bal. Er zijn twee teams, er wordt door elkaar gelopen en met een bal overgegooid. Dan wordt het spel stilgelegd door cliënt omdat iets in het spel hem niet bevalt. Hij weet prima te verwoorden wat het is, doet een voorstel voor andere regels en het spel gaat door. Ad is aan het einde van zijn behandeling. Een van zijn doelen was opnieuw leren voelen, leren luisteren naar wat je lichaam te zeggen heeft en het leren aangeven van grenzen. Ad heeft in een half jaar de behandeling succesvol doorlopen. Hij doet vrijwilligerswerk en heeft het voetballen weer opgepakt, hoewel hij de kantine nog vermijdt. Eenmaal per week komt hij naar een ambulante PMT-groep waar aandacht wordt besteed aan de in de kliniek geleerde ontspanningstechnieken.

### **Tot besluit**

Ofschoon PMT geen wondermiddel is, kan het als vaktherapie een bijdrage leveren aan de behandeling van cliënten met verslavingsproblematiek. De kracht van de ervaring in het maken van contact is een sterk punt. Ook zonder uitvoerige beschrijving van specifieke interventies, attitudes en behandelopzet, blijkt dat de algemene doelen van de vaktherapie goed kunnen samengaan met die van de cliënt. Er is nog werk te doen rondom een eigen productomschrijving en modules. Binnen de CONO is de verslavingszorg een van de speerpunten en ook de NVPMT heeft verslavingszorg in beeld. De PMT blijft in beweging.

### **Literatuur**

- Benneker, R. (2007). Een toekomst voor vaktherapie. (Presentatie, 27 september 2007.) Utrecht: CONO.
- Bosscher, R.J. (1991). *Runningtherapie bij depressie*. Amsterdam: Thesis.

- Coppenolle van, H. (1986). Leuvense observatieschalen voor gebruik in de psychomotorische therapie. *Bewegen en Hulpverlening*, 4, 284-296.
- Fahrenfort, J.J. (1986). *Psychomotorische therapie. Een onderzoek naar het gebruik van lichaams-en bewegingsgeoriënteerde methoden in de psychiatrie*. Amsterdam: VU Uitgeverij.
- Federatie Vaktherapeutische Beroepen (2008). *Beroepsprofiel vaktherapeutische beroepen*. Utrecht: FVB.
- Hammink, M. (2003). *Psychomotorische diagnostiek binnen het kinder- en jeugd-psychiatrisch zorgveld*. Maastricht: Shaker.
- Hattum, M. van, & Hutschemaekers, G. (2000). *In beweging. De ontwikkeling van producten voor psychomotorische therapie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Lange, J. de (2004). Goede buur of verre vriend? De bewegingstherapeut in de geestelijke gezondheidszorg, 1821-1975. In T. Terlouw (red.), *Geschiedenis van de fysiotherapie gezien door andere ogen*. Amsterdam: Aksant.
- Lange, J. de (2005). *Een vak apart. Artikelen over psychomotorische therapie*. Utrecht: 't Web.
- Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (2008). *Concept beroepsprofiel psychomotorisch therapeut*. Utrecht: NVPMT.
- Scheffers, M., Jol, D., & Benneker, R. (2008). Naar een transparante beroepsgroep. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 3, 19-22.
- Websites: [www.nvpmt.nl](http://www.nvpmt.nl), [www.pmtinfosite.nl](http://www.pmtinfosite.nl), [www.vaktherapie.nl](http://www.vaktherapie.nl) en [www.fvb.nl](http://www.fvb.nl).